

Année 1915

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Névralgie paralysante de la Face

(Paralysie douloureuse de la face, de Dieulafoy-Testaz)

dans la période tertiaire de la Syphilis

PAR

P.-G.-A. VERBECK

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Président : M. LE PROFESSEUR ERNEST GAUCHER

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.).

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. LANDOUZY MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		Ch. RICHT
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapentique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		TEISSIER
Anatomie pathologique		LEJARS
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		Auguste BROCA
Thérapentique		POUCHET
Hygiène		N.
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale		LANDOUZY
		GILBERT
		CHAUFFARD
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE
		RIBEMONT-DES
		SAIGNE
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapentique		A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance		MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULETT	BIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERM	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRE	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAGNE	LAIGNEL-LAVAS	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LEGENE	OKINCZYC	TERRIEN
DOUGEROT	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GREGOIRE	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
	LEQUEUX	RETTETER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tiend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CE TRAVAIL :

A MES PARENTS

A MES PREMIERS MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

PENDANT LA DURÉE DE MON EXTERNAT :

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR DIEULAFOY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

MÉDECIN ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

*Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse; qu'il daigne
agréer, avec mes remerciements, ma profonde
gratitude pour la haute bienveillance dont il
a fait preuve à mon égard en toute circons-
tance.*

INTRODUCTION

Dans une thèse inspirée en 1887 par notre regretté maître le Professeur DIEULAFOY, TESTAZ attire l'attention sur une forme particulière de paralysie faciale dans laquelle les douleurs faciales sont si vives que la paralysie de la 7^{me} paire passe pour ainsi dire au second plan.

Il opposa en pleine lumière la paralysie faciale, banale, indolore, à cette névralgie paralysante.

Mais entre ces deux extrêmes existe toute une série de transitions. Beaucoup de paralysies faciales s'accompagnent de douleurs plus ou moins prononcées et Weber conclut de ses recherches que la douleur existe dans plus de la moitié des cas, soit qu'elle précède la paralysie, soit qu'elle apparaisse en même temps et même constitue une sorte de reliquat de la maladie.

Nous laisserons de côté, dans cette thèse, les paralysies faciales qui s'accompagnent de douleurs faibles ou passagères.

Nous aurons en vue tout spécialement la paralysie

intensément douloureuse du type Testaz, que nous appellerons volontiers névralgie paralysante de la face pour en mettre d'avantage en relief l'importance clinique.

Nous pensons, en effet, avec le professeur Chauffard, que la signification de ces douleurs doit être révisée : « Il semble probable que ce que Testaz appelle phase prodromique douloureuse correspond en réalité aux symptômes douloureux d'une otite moyenne légère et même méconnue, celle-ci devenant à son tour la cause de la paralysie faciale ».

Nous aurons en vue une forme rare, exceptionnelle même, de paralysie faciale, celle qui s'accompagne de crises douloureuses internes, et que nous appelons *névralgie paralysante de la face* pour mettre davantage en relief l'importance clinique de la névralgie. Au point de vue clinique, en effet (quelle que soit la pathogénie que l'on adopte et même si, à l'exemple de Dieulafoy, on attribue la douleur à une lésion exclusive du nerf facial), l'affection apparaît comme une névralgie de trijumeau, qui se complique de paralysie faciale du même côté.

La névralgie paralysante de la face est un syndrome, c'est-à-dire qu'elle peut-être réalisée par diverses maladies. Au premier plan, avant même le zona, (car le zona peut être non idiopathique mais symptomatique), se place la syphilis.

Lancereaux, Balfour, en publièrent des observations, mais ce fut le professeur Dieulafoy qui individualisa le

syndrome clinique de la paralysie douloureuse syphilitique. Tout médecin connaît la fréquence, la dissimulation de la syphilis, ses reprises inopinées, sa prédilection pour le système nerveux ; et cependant il se laisse encore tromper, quelquefois, par l'absence des commémoratifs, et des manifestations cutanées, par l'insoupçonnabilité du malade dans certains cas, par ses dénégations, souvent de bonne foi, dans d'autres.

Toute notre vie médicale nous serons reconnaissant au Professeur Gaucher, de nous avoir imposé partout, toujours et pour tous l'hypothèse de la syphilis et d'avoir façonné notre esprit à user de cette admirable pierre de touche qu'est le traitement mercuriel.

Il n'est pas de syndromes qui bénéficient plus complètement de cette discipline intellectuelle que la paralysie douloureuse. En quelques jours les injections mercurielles ressuscitent un homme dont le mal s'aggravait au fur et à mesure des traitements antinévralgiques.

Nous montrerons comment se présente et évolue la paralysie douloureuse syphilitique.

Nous discuterons sa pathogénie et nous insisterons spécialement sur les notions qui conduisent à des règles thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

Le Syndrome clinique de la Paralyse douloureuse syphilitique de la face

A. — Syndrome constitué

Lorsque l'affection est complètement constituée, la paralysie attire de prime abord l'attention du médecin, mais ce sont les douleurs que le malade décrit et dont il réclame un soulagement.

1° *Les Douleurs.*

Elles sont continues, avec des paroxysmes affreux. En dehors des accès, l'endolorissement est pénible, mais supportable ; le malade compare la sensation qu'il ressent à une pression désagréable, parfois un fourmillement, des sensations de chaleur et de froid.

Les paroxysmes surviennent à la moindre excitation : un courant d'air, un mouvement, l'acte de mâcher

les aliments suffisent à les provoquer ; souvent même la cause invoquée est si minime qu'il paraît exagéré de l'incriminer.

Aussi les malades sont-ils dans une perpétuelle angoisse, ils en arrivent à ne plus sortir, à ne plus manger, à redouter le sommeil qui permet les mouvements involontaires.

L'accès éclate brusquement, ou bien l'exagération des paresthésies que nous avons signalées l'annonce. Les douleurs sont atroces, le malade les compare à des brûlures de fer rouge, à des coupures de rasoir, etc... Pendant toute la crise, il est crispé, grimaçant, prend les positions les plus bizarres pour essayer de se soulager.

Après quelques minutes à un quart d'heure, et même une heure, les paroxysmes s'atténuent et disparaissent.

Le malade reste épuisé, anéanti, désespéré.

Au début les crises sont espacées, mais peu à peu elles se rapprochent et finissent par constituer un véritable état de mal.

C'est le tableau complet de la névralgie faciale ou névralgie du trijumeau. On peut, par la pression, préciser des points particulièrement douloureux, les points de Valleix de la névralgie faciale, en particulier les points du trou sous-orbitaire, de l'échancrure sus-orbitaire, du trou mentonnier, le point apophysaire de Trousseau (sur la tubérosité occipitale externe et les 2^e et 3^e apophyses épineuses) ; les points auriculo-temporal et mastoïdien.

Mais tous les points de Valleix sont inconstants dans la paralysie syphilitique ; souvent la plupart manquent de netteté.

La douleur peut irradier aux régions cervicale postérieure, sus-claviculaire, à l'épaule, même au membre supérieur et au thorax.

L'hyperesthésie cutanée est de règle en dehors des accès. Tardivement l'anesthésie peut s'installer.

Nous n'insisterons pas sur les différents troubles vaso-moteurs et sécrétoires qui accompagnent les paroxysmes.

2° *La paralysie.*

C'est le tableau de la paralysie faciale du type périphérique. Le facial supérieur et le facial inférieur sont tous deux atteints.

Nous en rappellerons rapidement les principaux symptômes.

Au repos, la perte de la tonicité amène un relâchement des muscles du côté paralysé, d'où résulte une asymétrie faciale.

Les plis et les rides sont disparues du côté paralysé ; du côté sain les plis sont au contraire exagérés, tout le visage semble tiré de ce côté ; la bouche est en point d'exclamation dont le bout du côté lésé se laisse soulever à chaque expiration ; la narine est moins ouverte, la queue du sourcil s'abaisse.

L'œil est largement ouvert, des larmes s'écoulent de

son angle interne ; le malade ne peut fermer les paupières.

Vient-il à essayer fortement de faire ce mouvement, la pupille se cache sous la paupière supérieure (signe de Charles Bell) si le malade parle l'asymétrie s'exagère. Il ne peut ni siffler, ni souffler ; la mastication est gênée par l'accumulation des aliments dans le sillon jugo-gingival.

Les réflexes sont abolis. La contraction du peaucier du côté malade est impossible à obtenir. L'examen électrique montre une réaction de dégénérescence partielle ou complète.

A ces symptômes s'ajoutent une diminution ou une abolition unilatérale du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue, qui sont innervés par la corde du tympan, la sécheresse de la bouche, parfois de l'audition douloureuse et une hémiplegie vélo-palatine.

B. — Evolution

Les accidents ne débent pas dans un ordre quelconque. Les premiers en date sont toujours les phénomènes douloureux.

Ils précèdent la paralysie de plusieurs semaines et c'est seulement quand ils sont bien constitués, quand les paroxysmes sont nets et même fréquents, que le malade s'aperçoit de son asymétrie faciale.

La paralysie est d'emblée totale ; mais il n'est pas impossible qu'il survienne d'abord une parésie ou une

paralysie incomplète qui se complète rapidement en quelques jours.

Une fois constituées, ni la névralgie, ni la paralysie n'ont de tendance à guérir spontanément.

On ne peut songer à traiter la paralysie par l'électricité.

Quant à la névralgie, les calmants énergiques modèrent d'abord un peu son intensité puis ont de moins en moins d'action. On peut dire que tout échoue et que la morphine, même à hautes doses, n'arrive pas à procurer au malade le calme et le sommeil.

En quelques jours, trois souvent, huit au plus ce déchet humain qu'était devenu le malade abruti par la douleur et les stupéfiants, est ressuscité par le *traitement antisyphilitique*. Il dort, il est gai, plein de vie ; quelques injections de mercure ont suffi. Une ou deux séries achèvent la disparition des douleurs et guérissent la paralysie.

Mais, si le mercure a sauvé le malade de l'abrutissement et peut-être du suicide, il n'a pas encore jugulé la syphilis.

Elle a suspendu un moment sa marche terrible, mais si l'on cesse le traitement elle va la reprendre ; car la paralysie douloureuse syphilitique n'est qu'une parcelle de la syphilose nerveuse qui s'étend peu à peu.

Tel malade, qui a repris sa vie normale, revient après peu atteint d'une paralysie oculaire ; tel autre verra ses accidents récidiver, s'adjoindre de nouveaux symptômes ; tel autre deviendra tabétique. La névralgie paralysante

de la face n'est pas, pas plus qu'aucune manifestation tertiaire, un incident isolé. C'est l'indice d'une syphilis en recrudescence, bien plus, d'une *syphilis nerveuse constituée en voie d'extension*.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point capital quand nous traiterons de la pathogénie.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

La paralysie douloureuse syphilitique tertiaire est caractérisée, avons nous dit, par : 1° une névralgie faciale avec paroxysmes intenses ; 2° une paralysie faciale du type périphérique siégeant du même côté que la névralgie.

Il est inutile de nous étendre longuement sur les cas où la paralysie faciale n'est plus du type périphérique, mais du type central.

Le professeur Fournier a écrit : « La paralysie faciale syphilitique tardive n'est à vrai dire que l'expression préalable d'une hémiplegie totale, c'est, en termes techniques, un segment d'hémiplegie dissociée. »

Nous ne croyons pas qu'on ait jamais signalé la névralgie faciale associée à une hémiplegie de cause centrale. Dans ce cas, d'ailleurs, le diagnostic est facile.

Le frontal supérieur est presque complètement intact, les réflexes sont conservés et il n'y a pas de troubles électriques ; de plus, même si l'hémiplégie est peu marquée, il est toujours possible de déceler quelques symptômes, comme une lourdeur des membres, une modification des réflexes, souvent le signe de Babinski.

Le diagnostic est moins évident si l'hémiplégie est de cause bulbaire, car la paralysie faciale est alors du type périphérique et les troubles sensitifs sont possibles.

On recherchera les petits signes de l'hémiplégie du côté opposé à la paralysie faciale, la paralysie du moteur oculaire externe toujours du côté opposé à la paralysie faciale (syndrome de Milliard-Gubler).

Nous devons encore parler de la syphilis tigrée du système nerveux de Gills de la Tourette et du tabes. Le diagnostic se fera par la recherche des signes particuliers de ces deux affections.

En particulier la recherche de l'abolition des réflexes achilléen et rotulien, du signe d'Argyll-Robertson sera absolument nécessaire. Mais, étant donné la pathogénie à laquelle nous nous arrêterons, nous croyons oiseux d'insister sur la distinction entre la paralysie faciale douloureuse et les affections qui ne représentent, à notre avis, qu'une extension plus grande ou une systématisation différente de lésions de même ordre et dont la paralysie faciale peut n'être que le syndrome révélateur.

Tout autrement se pose le diagnostic entre la para-

lysie douloureuse syphilitique et les paralysies douloureuses non syphilitiques.

Si, comme dans notre cas, le malade ne présente aucun signe de syphilis nerveuse ; l'affection est-elle syphilitique ou due à une autre cause ?

Le syndrome de la névralgie paralysante de la face peut être dû à la plupart des causes de paralysie faciale et de névralgie faciale.

Il est inutile de nous attarder sur le tétanos, sur la paralysie *a frigore*, qui n'est guère aussi douloureuse, sur la plupart des névrites toxiques ou infectieuses, etc.

Si la notion étiologique n'est pas nette, on ne doit pas hésiter à incriminer la syphilis. Bien entendu, il ne s'agit pas de faire un diagnostic sans aucune base.

Après avoir interrogé le malade et avoir recherché tous les signes de syphilis, les reliquats de gomme, le signe d'Argyll-Robertson en particulier, on pratiquera la réaction de Wassermann ; on fera la ponction lombaire qui, si elle montre de l'albumine et de la lymphocytose, permettra presque toujours d'affirmer la syphilis ; on sait, d'autre part, que la réaction de Wassermann peut être positive avec le liquide céphalo-rachidien alors qu'elle a cessé de l'être avec le sérum.

En pratique, le diagnostic ne se pose guère qu'avec le zona et la paralysie diabétique.

Depuis que Testaz, Dégerine, Klippel et Aynaud, Gaucher etc. ont insisté sur la *paralysie faciale au cours du zona*, on peut en recueillir plus de trente cas dans la littérature médicale.

La paralysie faciale zostérienne a la même évolution générale que la paralysie douloureuse qui ouvre la scène, puis apparaît l'éruption, et après l'éruption, parfois 15 jours (Besnier, Perrin), la paralysie s'installe. Elle est du type périphérique et généralement subite et complète.

Le problème se pose ainsi : la présence d'une éruption zostériforme suffit-elle à écarter le diagnostic de syphilis ? Il en serait ainsi si le zona était toujours une maladie spécifique, idiopathique.

Mais c'est loin d'être la règle, les éruptions dites zostériformes, les zonas symptomatiques sont fréquents, ils ressemblent cliniquement au zona idiopathique ou ne s'en distinguent que par des particularités difficiles à apprécier. Des observations discutables démontrent qu'il existe un zona symptomatique de la syphilis nerveuse.

Dans un cas que nous résumons dans ce mémoire la névralgie paralysante de la face, était accompagnée d'éruption zostérienne.

Si donc un zona facial se complique de paralysie, on n'est pas autorisé à porter un pronostic bénin.

On doit rechercher la syphilis, et même si on ne trouve pas expressément, il est indiqué de prescrire un traitement mercuriel d'épreuve toutes les fois que l'affection n'évoluera pas rapidement vers la guérison.

Pour le diabète, le problème est encore plus difficile. La fréquence des névralgies et des paralysies imposera toujours de rechercher le glucose dans les urines. La thèse de Gaïtz rapporte plusieurs cas de paralysie faciale

douloureuse au cours de diabète sucré ; et les symptômes se sont amendés sous l'influence d'un régime sévère. Mais le diabète n'exclut pas l'hypothèse de syphilis.

Nous ne considérons plus ce syndrome comme une maladie spéciale, mais comme une affection engendrée par la lésion de certains organes. Ces lésions elles-mêmes peuvent être de diverses natures, par exemple tuberculeuses ou syphilitiques.

Un syphilitique peut présenter de la glycosurie par lésion syphilitique du pancréas ou d'un autre organe et de la névralgie paralysante par lésion syphilitique de ses nerfs.

Un fait est frappant : il est noté dans beaucoup d'observations de paralysie faciale diabétique simple que le régime a amené la guérison ; au contraire, la guérison est très peu souvent notée quand il s'agit de névralgie paralysante ; parfois même le malade ne guérit qu'après avoir suivi un traitement ioduré énergique.

Il ne s'agit pas de nier la réalité des paralysies et des névralgies par glycémie, mais d'insister sur la possibilité de la syphilis. En pratique, le médecin ne doit pas être complètement satisfait s'il constate la glycosurie. Il doit rechercher la syphilis, et si les accidents ne paraissent pas céder au traitement antidiabétique, instituer le traitement spécifique.

Enfin nous devons mentionner spécialement la *névralgie paralysante d'origine diphtérique* dont le professeur Chauffard vient de rapporter un cas remarqua-

ble. Après une angine diphthérique non traitée par le sérum, une véritable névralgie du trijumeau s'installe et se complique bientôt de paralysie faciale. « Quelle « était la cause commune de ces paralysies crâniennes ? « L'histoire de la malade permettait d'incriminer presque à coup sûr l'intoxication diphthérique : angine « préexistante, rejet de fausses membranes, ces antécédents typiques ne laissaient guère place au doute. « Cependant, avant que cette femme entrât dans notre « service, un autre diagnostic avait été porté, et on « avait pensé à une méningite basilaire d'origine syphilitique, mais tout antécédent spécifique faisait défaut, « le Wassermann était complètement négatif dans le « sérum et le liquide céphalo-rachidien, deux particularités cliniques surtout étaient étrangères à l'histoire « de la méningite syphilitique et caractérisent au contraire les allures habituelles des paralysies diphthériques : la paralysie vélopalatine et les troubles oculaires.

« Le voile du palais, presque toujours pris en cas « de paralysie diphthérique, n'est au contraire intéressé « qu'à titre exceptionnel, *si tant est que des cas de ce « genre existent*, dans les méningites spécifiques. Quant « aux troubles oculaires, ils sont tout à fait différents « dans les deux toxi-infections : l'œil syphilitique, avec « le signe d'Argyll, l'inégalité pupillaire ou le myosis « en cas de lésions péri-encéphaliques ou tabétiques, « s'oppose à l'œil diphthérique, où la paralysie de « l'accommodation s'associe à la conservation des ré-

« flexes iriens à la lumière et à la distance. On ne saurait trop insister sur la valeur clinique de cette paralysie diphtérique du muscle ciliaire, et c'est elle, qui, ici, nous a immédiatement dicté le diagnostic. »

Et cependant la ponction lombaire soulevait l'hypothèse d'une origine syphilitique car elle permet de constater une réaction méningée très nette, bien que légère; cette réaction fut de courte durée. C'est le premier exemple de méningopathie diphtérique.

CHAPITRE III

Etiologie --- Pathogénie --- Anatomie pathologique

Etiologie

Il est inutile de nous attarder sur les causes qu'invoquent les malades pour expliquer leur affection ; le refroidissement, le surmenage, un traumatisme, par exemple, favorisent peut-être l'apparition des troubles, mais cela même reste douteux.

La syphilis n'a pas besoin d'aide pour engendrer la névralgie paralysante de la face.

Le syndrome que nous décrivons apparaît à la période tertiaire. C'est longtemps après le chancre et les accidents secondaires que se montre la paralysie douloureuse.

Quinze à vingt ans s'écoulent en général, souvent sans que le malade ressente aucun trouble imputable à la syphilis, puis peu à peu apparaissent les douleurs. On

peut dire que la paralysie douloureuse appartient à la même époque que le tabes, la démence paralytique et les syphilomes gommeux. Or, à cette période on peut, suivant les auteurs classiques observer deux sortes de lésions : des lésions syphilitiques à évolution tardive et des lésions para-syphilitiques.

La névralgie paralysante de la face est-elle un accident syphilitique ou un accident parasymphilitique ? — A vrai dire, cette question est oiseuse. Seul de tous les auteurs récents, croyons-nous, Sézary soutient encore l'existence d'une parasymphilis, c'est-à-dire de lésions d'origine et non de nature syphilitique, de cicatrices et même d'inflammations déclanchées par la syphilis et continuant pendant des années à évoluer dès qu'il ne reste plus rien en elles de syphilitique.

Au point de vue purement logique, la conception de cette parasymphilis constitue déjà pour l'esprit un véritable tour de force. Aujourd'hui elle est contraire aux faits. Lorsque de 1900 à 1903 le Professeur Nageotte démontra que le tabes et la paralysie générale sont le fait de lésions histologiquement syphilitiques en évolution, sa démonstration fut négligée ou combattue. Mais peu à peu sa conception s'imposa aux observateurs ; elle gagna assez de terrain pour que l'on recherchat l'agent de la syphilis, dans ces lésions réputées de nature non syphilitique. Il y a quelques années, la découverte que fit Noguchi du tréponème de Schaudinn dans les cerveaux de paralytiques généraux acheva la déroute des partisans de la parasymphilis.

Nous ne pensons pas cependant qu'on doive renoncer complètement à ce terme car il exprime une vérité clinique.

La période tertiaire est accidentée par deux catégories de lésions : les unes, comme les gommes, cèdent généralement très vite, plus vite même que la roséole, au traitement mercuriel ; les autres, comme le tabes et la paralysie générale lui résistent ou ne sont que médiocrement influencées par une thérapeutique spécifique.

Nous plaçant au point de vue clinique, nous dirons que la névralgie paralysante de la face est un accident tertiaire, et non parasyphilitique, car il guérit merveilleusement par le mercure.

Il n'est pas impossible d'ailleurs qu'on signale un jour ou l'autre une observation qui rentre dans la catégorie de la parasyphilis ; car on connaît des névralgies syphilitiques du trijumeau absolument rebelles, et dans ces cas, on découvrit à l'autopsie un ganglion de Gasser étouffé et en partie détruit par un tissu scléreux cicatriciel.

LA NÉVRALGIE PARALYSANTE DE LA FACE A LA PÉRIODE SECONDAIRE

Nous avons particulièrement en vue, dans ce mémoire, la paralysie douloureuse tertiaire.

Mais nous devons rechercher si ce syndrome n'existe pas dès la période secondaire, car il nous faudra alors tenir compte de ce fait lorsque nous discuterons la pathogénie.

Plusieurs observations de névralgie paralysante secondaire ont été publiées.

La femme de Darjaud, en pleine roséole, souffrait atrocement dans l'oreille et la face du côté droit : un matin, en se réveillant, elle s'aperçoit que ce côté de son visage est paralysé. Le cas de Boix est encore plus intéressant, car les douleurs furent suivies d'une éruption zostérienne, puis, presque en même temps apparut la paralysie. Toujours le traitement mercuriel eut en peu de temps raison des accidents.

PATHOGÉNIE DES PARALYSIES DES PAIRES CRANIENNES A LA PÉRIODE SECONDAIRE

La névralgie et la paralysie faciales dissociées sont d'ailleurs fréquentes au cours de la période secondaire. Le professeur Fournier a beaucoup insisté sur les fausses céphalées syphilitiques : le malade se plaint de mal de tête, mais ce mal de tête peut être en réalité une névralgie faciale partielle.

Actuellement, on ne compte plus les cas publiés de paralysie faciale secondaire. En 1908, le Professeur Dieulafoy en relevait quinze. Outre ceux-ci, plusieurs auteurs, en particulier Jeanselme, en ont rapporté un certain nombre dans les sociétés médicales avant 1910.

Cette date est importante pour la question des paralysies faciales syphilitiques, car elle marque le début de l'introduction des arséno-benzols dans la thérapeutique de la syphilis.

Entraînés par le prestige qu'avaient valu à Paul Ehrlich ses remarquables travaux, la plupart des médecins ne voulurent pas imiter la réserve prudente du Professeur Gaucher : ils crurent trouver la « Thérapia-stérilisans-magna ». La désillusion fut cruelle. Le 606 frappait vite, mais ne frappait pas toujours bien. Après quelques mois la syphilis secondaire reprenait, et l'on vit tout une série de reprises atteignant le système nerveux, reprises que l'on a appelé *neurorécidives* ou *neurorechutes*.

D'innombrables observations en ont été publiées. On discuta en particulier pour savoir si la paralysie faciale était plus fréquente depuis l'emploi du 606. La question est réglée aujourd'hui. A la suite de recherches au premier rang desquelles nous devons citer celles de MM. Gaucher, P. Ravaut, Levy-Bing, etc., et le long et substantiel mémoire de MM. Jeanselme et P. Chevallier, les conclusions suivantes peuvent être admises :

L'arsénobenzol en injections massives est neurotoxique sauf chez les sujets présentant une idiosyncrasie à l'arsenic, les doses raisonnables ne sont pas, en pratique, neurotoxiques ; — les neurocidives sont dues à des lésions syphilitiques (et non à une névrite toxique) ; — la cause première des neurocidives est une méningite syphilitique ; — cette méningite peut être exacerbée par l'arsénobenzol ; — elle guérit par un traitement anti-syphilitique bien conduit, arsénical ou mercuriel.

Le 606, qui fut jusqu'à un certain point une déception thérapeutique, a rendu l'immense service de nous

faire éclairer beaucoup de régions obscures dans l'histoire de la syphilis.

Malgré les recherches de Ravaut sur les méningites secondaires, la pathogénie de la paralysie faciale était encore discutée. Elle apparaît aujourd'hui dans presque tous le cas comme l'expression d'une méningite diffuse, mais particulièrement active autour de la racine du nerf facial.

Ces notions étaient indispensables pour nous permettre d'aborder avec fruit la pathogénie de la névralgie paralysante de la face.

Pathogénie de la névralgie paralysante de la face

La névralgie paralysante de la face est-elle le fait de *lésions d'un seul nerf, le facial, ou de deux nerfs, le facial et le trijumeau.*

Est-elle, en d'autres termes, une maladie bien spéciale, ou bien un syndrome dû à l'association de deux affections : la paralysie faciale et la névralgie du trijumeau.

A. — INSUFFISANCE DE LA THÉORIE DE DIEULAFOY.

C'est la première hypothèse qu'a adoptée le professeur Dieulafoy lorsqu'il a créé l'entité paralysie faciale douloureuse tertiaire.

Voici comment s'exprime Dieulafoy : « L'explication
« de ces douleurs est assez simple depuis que l'on sait
« que le facial est un nerf mixte, sensitif et moteur. Le
« nerf intermédiaire de Vrisberg paraît être la portion
« sensitive de la 7^e paire. »

« La signification de l'intermédiaire, ajoute-t-il citant
« le traité de Poirier, est restée longtemps douteuse.
« Une série de recherches ont définitivement établi qu'il
« est l'équivalent d'une racine postérieure rachidienne ;
« il est la racine postérieure du facial dont le ganglion
« est le ganglion géniculé. Ainsi se trouve expliquée la
« paralysie douloureuse du nerf facial.

« Cette forme douloureuse n'existe que dans le cas
« où la paralysie est d'origine périphérique ou intra-
« temporale. »

En réalité, la question est beaucoup moins simple.

Le facial ne paraît pas homologue d'une racine rachidienne ; il appartient au groupe des nerfs encéphaliques, qui sont tous des nerfs mixtes, mais son territoire sensitif semble très réduit chez l'homme.

Il se borne (Cunéo, *in* Poirier) à donner, par l'intermédiaire de la corde du tympan, la sensibilité gustative aux deux tiers antérieurs de la muqueuse linguale.

Cependant His junior a démontré que toutes les fibres sensitives ne passent pas par la corde.

Il semble s'en trouver dans les branches du facial, mais elles sont peu nombreuses ; elles peuvent expliquer les douleurs légères qui accompagnent, suivant Weber, la moitié des paralysies faciales. Elles ne sauraient

suffire à faire comprendre l'intense syndrome douloureux que nous avons décrit.

L'hypothèse d'une névralgie concomitante du trijumeau est des plus satisfaisantes.

Pourquoi Dieulafoy l'a-t-il repoussée ? Puisque chez son malade il avait diagnostiqué que la lésion du facial était intratemporale ; il pensait qu'il s'agissait d'une périostite ou d'une névrite ; il s'appuyait sur un certain nombre de signes classiques que nous allons discuter.

1) Il existe des troubles du goût, donc la lésion siège au-dessus de la séparation de la corde du tympan, elle siège aussi au-dessous du ganglion géniculé, car les fibres gustatives gagnent le trijumeau par les nerfs pétreux. Mais cette opinion est tout à fait discutée. De plus une lésion concomitante du trijumeau expliquerait bien les troubles du goût.

2) On ne constate pas d'hyperacousie douloureuse, donc la lésion siège au-dessous du nerf du muscle de l'étrier. Mais le malade souffrait tellement que les troubles de l'audition passaient au second plan.

3) Il n'y a pas d'hémiplégie du voile, donc la lésion siège au-dessous du ganglion géniculé et de l'émergence du grand nerf pétreux superficiel.

Mais on connaît des cas certains de paralysie faciale par lésion supraganglionnaire avec intégrité du voile ; M. Lermoyez nie que le facial intervienne dans l'innervation du voile, qu'il attribue au vago-spinal.

Aucun argument n'a donc de valeur probante. La ponction lombaire ne fut pas faite. Il fut donc impossi-

ble d'affirmer qu'il n'existait pas de méningite. Celle-ci même ou bien un syphilome intra-cranien sont rendus probables par l'histoire même du malade, qui revient une première fois avec une paralysie du moteur oculaire externe, et une deuxième fois plus tard avec des symptômes de méningite syphilitique sans localisation nerveuse.

Dieulafoy invoque pour la paralysie faciale de la période secondaire une névrite toxi-infectieuse.

Or, il est aujourd'hui démontré qu'elle est secondaire à une méningite basilaire.

Sur quels faits repose d'ailleurs la conception de la polynévrite syphilitique ? Dans sa revue générale sur ce sujet, Ménard signale sa rareté et montre que la polynévrite tertiaire est sujette à caution ; il admet d'ailleurs la névrite tertiaire non généralisée. Il ne fait le diagnostic qu'avec la syphilis tigrée de la moelle et avec la myélite subaigüe. On n'a jamais fait d'autopsie de polynévrite syphilitique. Jamais, dans aucune des observations que nous avons compulsées, il n'est question de ponction lombaire.

Lamy met en doute l'existence d'une névrite syphilitique.

Nous concluerons donc : rien ne prouve que le facial ait été lésé, dans son trajet intratemporal, l'hypothèse d'une périostite ne peut être présentée comme très probable en l'absence de ponction lombaire ; la névrite syphilitique est encore insuffisamment étudiée et prouvée.

B. — LA LÉSION DE LA NÉVRALGIE PARALYSANTE DE LA FACE
EST INTRACRANIENNE

Examinons-donc maintenant la deuxième hypothèse : la névralgie paralysante est due à une atteinte concomitante du facial et du trijumeau.

Cette hypothèse exige que les lésions soient intracrâniennes, car à moins de supposer que le facial et le trijumeau sont lésés par deux processus indépendants l'un de l'autre, ce qui ne nous paraît pas soutenable, c'est seulement avant leur entrée dans les canaux osseux du crâne que les deux nerfs parcourent la même région.

La V^{me} paire émerge de la face ventrale de la protubérance à la limite du pédoncule cérébelleux moyen ; elle se porte de là en haut et en avant vers la partie interne du rocher. Au niveau du bord supérieur de la pyramide pétreuse, elle se réfléchit sur cette crête osseuse et pénètre dans une loge fibreuse formée par le dédoublement de la dure-mère : un cul de sac arachnoïdien profond de 2 à 4 millimètres, l'accompagne. — Le facial flanqué en dehors de l'acoustique, émerge de la fossette sus-olivaire, se porte en haut, en dehors et en avant vers l'orifice crânien du conduit auditif externe. Lui aussi est accompagné d'un cul de sac arachnoïdien. Les deux paires ne sont séparées que par un étroit espace limité en arrière par le pédoncule cérébelleux moyen, en avant par la crête du rocher, en dedans par le trijumeau, en dehors par le facial.

Une inflammation atteignant la racine du trijumeau lésera le facial si elle s'étend en bas et un peu en dedans, le moteur oculaire commun si elle s'étend franchement en dedans.

Si les nerfs trijumeau et facial sont atteints dans cette région, nous aurons deux conséquences :

La première est que l'extension des lésions provoquera soit des troubles généraux de l'encéphale, soit des paralysies des nerfs moteurs de l'œil. Or, dans notre cas, le malade est revenu avec une paralysie de la vi^e paire et, plus tard, il souffrit d'une violente céphalée qui céda au mercure.

La deuxième est que les symptômes ne seront pas ceux d'une névralgie, mais ceux d'une radiculite.

Or, qu'est-ce que la névralgie faciale dans la majorité des cas ? C'est un type de radiculite.

Reprenons nos observations : nous y retrouvons tous les caractères de la névralgie radiculaire telle qu'elle est décrite par tous les auteurs récents.

La douleur est sourde, continue, s'accompagnant de paresthésies. Elle subit d'atroces paroxysmes spontanés ou provoqués par de minimes efforts : ce sont des élancements, de violentes douleurs fulgurantes qui deviennent de plus en plus fréquentes. Ce sont des douleurs fixes et rebelles, on trouve des points douloureux à la pression des troncs nerveux, mais cette douleur de pression est peu marquée dans l'intervalle des paroxysmes.

L'hyperesthésie cutanée, correspondant à l'excitation

des racines, est très marquée. — Pour les nerfs périphériques, on se base encore sur la disposition radiculaire des troubles de la sensibilité. Mais ici la disposition radiculaire se confond avec la distribution tronculaire. On remarquera d'ailleurs que certains territoires, comme le maxillaire inférieur dans notre observation, restent indemnes. — D'autre part, la douleur s'étend en arrière plus loin que les branches du trijumeau. La palpation des apophyses épineuses est fort douloureuse. « C'est un signe important de radiculite que Trousseau avait depuis longtemps signalé sans en pénétrer la cause. » (Dejerine et Beaudoin.)

On sait aussi que lorsque les racines d'un nerf rachidien sont atteintes les symptômes sensitifs précèdent les symptômes moteurs, les fibres motrices étant plus résistantes que les fibres sensitives. Si donc le trijumeau est atteint en même temps que le facial, la névralgie précèdera la paralysie faciale, ce que montre l'étude des faits.

La paralysie faciale d'origine radiculaire donne exactement les mêmes symptômes que la paralysie d'origine intratemporale. Le fait que certaines branches sont épargnées s'explique facilement, soit que ces branches ne soient pas en réalité fournies par le facial, comme le soutiennent nombre d'auteurs, soit que le processus pathologique épargne certaines fibres, ce qui est fréquent dans les radiculites.

Notre conclusion sera donc la suivante : La névralgie paralysante de la face ou paralysie faciale doulou-

reuse, d'origine syphilitique est due à une lésion des racines intracrâniennes des nerfs trijumeau et facial.

Anatomie pathologique.

Quelles sont ces lésions ?

1° *Atteinte des noyaux bulbaires des nerfs.* — Cette hypothèse, valable pour la dyphthérie (Chauffard), est possible dans la syphilis; mais les faits actuellement connus ne sont pas en sa faveur. Ne sont pas non plus en sa faveur tout ce que nous savons de l'évolution habituelle de la syphilis.

2° *Endonévrite radiculaire pure*, analogue au cas publié par Vidal et Lesourd. Cette lésion ne permet pas d'expliquer l'atteinte de plusieurs nerfs d'une même région.

3° *Compression et envahissement des nerfs par un syphilome.* — Nous réussissons dans la même catégorie tous les syphilomes qu'il s'agisse de périostite, de gomme, de syphilome méningée. La pachyméningite chronique localisée rentre aussi dans ce groupe, les autopsies ne permettent guère de distinguer ces différentes variétés, on se trouve en présence d'une masse fibro-gommeuse ou fibreuse pure (cas invétérés Lancereaux).

Le syphilome a son centre au voisinage du nerf trijumeau.

De là il s'étend et altère d'autres nerfs. Dans l'obser-

vation de Lancereaux que nous rapportons, on trouve une masse fibreuse qui englobe et envahit le trijumeau, le ganglion de gasser, le facial et l'auditif. (Huguenin, Courtin).

Wagner, Virchow, Heubner, Balfour, Ruhle, etc., ont rapporté des autopsies de névralgies syphilitiques du trijumeau avec altération des nerfs moteurs de l'œil : dans ces cas on trouve un syphilome étendu.

Le syphilome et la plaque de pachyméningite paraissent être les causes les plus fréquentes de la névralgie paralysante de la face.

4°. — *Radiculite consécutive à une leptoméningite.* — Cause indiscutable de la paralysie douloureuse secondaire, elle peut-être encore de la paralysie douloureuse tertiaire. Ce syndrome apparaît alors, pour ainsi dire, comme un tabes oligo-symptomatique.

Les travaux des élèves de Nageotte, Déjerine, Babinski, ont démontré que la méningite est le phénomène primordial. Sezary, Jeanselme et P. Chevalier, Clovis Vincent, Ravaut etc., la relie directement à la ménin-gopathie secondaire latente ou non, qui, si le traitement est insuffisant, évolue vers la méningite tertiaire par une série de poussées évoluant à bas bruit.

Elle est plus ou moins généralisée.

Si elle est très étendue elle aboutit aux polyradiculites et aussi au tabes qui, suivant la célèbre définition de Nageotte : « Est caractérisée essentiellement par une lésion inflammatoire qui attaque un nombre quelconque

de racinés sensitives ou motrices, à leur sortie de l'espace sous-arachnoïdien et qui se relie à une syphilose généralisée des méninges. »

Si elle tend à se localiser, à se développer plus spécialement dans certaines régions, elle aboutit aux radiculites isolées ou groupées dont la névralgie paralysante de la face est un type.

La lésion peut être de type tabétique. C'est alors celle que Nageotte a décrite. Elle a été retrouvée au niveau des nerfs crâniens par Cl. Vincent. Elle atteint le nerf radiculaire et a son maximum immédiatement au dessous de l'entrée des faisceaux dans la gaine arachnoïdure-mérienne. Il existe là un véritable foyer de névrite radiculaire transverse. Elle peut aussi évoluer vers la pachyméningite et la méningite gommeuse et rentre alors dans la catégorie précédemment décrite.

Remarquons que nous possédons un moyen de reconnaître s'il y a ou non une méningite diffuse. C'est la ponction lombaire, qui retirera en cas de méningopathie, un liquide albumineux et chargé de lymphocytes.

Comment évoluent ces lésions ?

Si le traitement spécifique est fait à temps, le foyer inflammatoire syphilitique disparaît. Si le traitement est trop tardif, il peut se heurter à des transformations fibreuses ou à des dégénérescences nerveuses secondaires définitives qui ne laissent aucun espoir de guérison.

Dans tous les cas, la méningite syphilitique continue à évoluer ; elle n'est qu'entravée par un traitement actif mais de durée limitée. C'est seulement un traitement régulier, persévérant, long qui en aura raison.

TRAITEMENT

Notre étude nous a amené à cette conclusion que :

1° Le traitement antisyphilitique a d'autant plus de chances de guérir complètement le malade qu'il est plus précoce.

2° Que ce traitement doit être continué des mois et des années après la guérison de la névralgie paralysante de la face. Celle-ci atteste, presque toujours en théorie, toujours en pratique, que la syphilis attaque les enveloppes du cerveau et de la moelle, et le médecin sait que, s'il attend la redoutable échéance du tabes confirmé ou de la paralysie générale, il sera trop tard pour agir utilement.

A. — Traitement immédiat de la névralgie paralysante

On a proposé le *traitement chirurgical*. Il consiste à pallier à la douleur en coupant le nerf trijumeau ou en détruisant le ganglion du Gasser.

Quand la lésion est récente, il est tout à fait contre-

tion intraveineuse de cyanure, de frictions, etc., il guérit en peu de jours. Le benzoate de mercure préconisé par le professeur Gaucher, est aussi actif que le sublimé à doses égales, et beaucoup moins toxique. Il est facile à injecter, étant indolore, intramusculaire. Des doses quotidiennes de un à deux centigrammes constituent le traitement idéal de toutes les manifestations de la syphilis.

B. — Traitement consécutif à la guérison

Le malade doit être prévenu des dangers qu'il court et de l'importance capitale de sa docilité.

Il subira un traitement mercuriel, ou ioduro-mercuriel intensif et prolongé, avec des périodes de repos de un mois tous les deux ou trois mois pour éviter l'accumulation du médicament et la fatigue de l'organisme.

C. — Enfin nous terminerons par un mot de prophylaxie

Le syphilitique qui fait des accidents nerveux tardifs est toujours un syphilitique insuffisamment traité pendant les cinq premières années de sa maladie.

CONCLUSIONS

1°. — Il existe *au cours de la syphilis* et en particulier *pendant la période tertiaire*, un syndrome particulier : la paralysie faciale douloureuse, ou névralgie paralysante de la face.

2°. — Ce syndrome est caractérisé par 1° une névralgie faciale atrocement douloureuse, véritable névralgie de la V^{me} partie. 2° une paralysie faciale du type périphérique.

3°. — La névralgie précède toujours la paralysie.

4°. — La névralgie paralysante tertiaire peut coexister avec d'autres accidents nerveux. Après sa guérison, on a vu apparaître d'autres paralysies des nerfs crâniens et des symptômes de syphilis neuro-méningée.

5°. — Elle guérit rapidement par le traitement mercuriel, mais elle indique toujours une syphilis tertiaire à détermination nerveuse et seul un traitement prolongé préserve le malade des accidents redoutables.

6°. — Le diagnostic se pose avec les diverses affections nerveuses syphilitiques et avec les autres névralgies paralysantes de la face, en particulier certains zo-

nas, et certaines névrites diabétiques (dont plusieurs cas paraissent en réalité syphilitiques).

7°. — La névralgie paralysante tertiaire ne peut pas être considérée, en l'état actuel de la science, comme une névrite ou une compression du tronc du nerf facial.

8°. — La symptomatologie, l'évolution ultérieure de la maladie et l'anatomie pathologique conduisent à la rattacher dans la majorité des cas, soit au groupe des radiculites consécutives à une méningite chronique syphilitique, soit à la considérer comme la conséquence d'un syphilome intra-cranien. Les racines du trijumeau et du facial sont atteintes par un même centre d'inflammation spécifique.

9°. Le traitement chirurgical doit être rejeté. Le seul traitement est le traitement antisyphilitique. Les injections de benzoate de mercure constituent la médication la plus recommandable.

Vu :

Le Président de Thèse,

ERNEST GAUCHER.

Vu :

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

(publiée en partie dans une leçon clinique du prof. Dieulafoy)

B. . . , âgé de 44 ans, fleuriste, entre salle St-Christophe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître le professeur Dieulafoy, le 3 septembre 1907.

Il se plaint de vives douleurs dans la tête et la face et ses traits sont déviés à droite.

DÉBUT DES ACCIDENTS. — Le malade ne peut préciser exactement le moment où débutèrent les accidents, car ils se sont installés pour ainsi dire insensiblement. Il y a environ cinq semaines que certaines douleurs qu'il ressentait depuis quelque temps dans la tête, l'obligèrent à changer un peu son mode de vie.

Il avait, par exemple, l'habitude de lire le soir sur son balcon ; mais au bout d'une demi-heure ou d'une heure, un violent mal de tête s'emparait de lui. Il cessa de lire, puis de sortir le soir.

Cependant le mal de tête réapparut et augmenta peu à peu d'intensité. En même temps il le prit non seulement le soir, mais encore dans la journée, puis dès le matin.

Devenue presque continuelle, cette violente douleur ne lui laissait plus aucun repos.

Il essaya de la calmer par les traitements que lui prescrivirent des herboristes et des médecins homéopathes. Mais, ni bains de pieds sinapisés, ni infusions de sureau, ni potions belladonnées, ni antinévralgiques ne lui procurèrent de soulagement durable.

Entre temps, le malade s'aperçut un jour par hasard en se regardant dans une glace, que sa face apparaissait difforme : la bouche était déviée, la joue gauche flasque, immobile, sans expression ; son œil gauche ne pouvait plus se fermer complètement. De même que la névralgie, la paralysie augmenta peu à peu et la malade se décida à rentrer à l'hôpital.

EXAMEN DU MALADE. — 1^o *Syndrome moteur*. — Ce qui frappe dès l'abord quand on regarde le malade, c'est l'asymétrie du visage : A gauche, toute expression est abolie ; la joue est flasque, gonflée et déprimée à la fois, le sillon nasogénien est complètement effacé. La bouche est oblique, la commissure labiale gauche est plus basse et plus rapprochée de la ligne médiane que la droite.

Chaque inspiration soulève passivement la joue gauche ; le malade « fume la pipe » — le nez semble légèrement dévié à droite ; l'ouverture de la narine gauche est plus petite que la droite ; la narine gauche est un peu affaissée et ne se soulève pas quand le malade expire fortement. L'œil est trop ouvert, car l'ouverture palpébrale gauche est plus grande que celle du côté droit. — Alors que le côté droit du front est sillonné de rides, le gauche est lisse, les rides sont totalement effacées.

Dès que le malade parle, l'asymétrie s'exagère ; le côté

droit s'anime, grimace même, le gauche reste inerte et est tiré à droite.

Commande-t-on au malade certains mouvements qui mettent en jeu les différents muscles peauciers, on met en évidence la paralysie de tous les muscles du côté gauche.

Elle atteint aussi bien le facial supérieur que le facial inférieur.

Dans le domaine du *facial supérieur*, on constate l'impossibilité de rider le front, de fermer les paupières, l'abolition du clignement réflexe.

Des larmes s'écoulent lentement le long de la joue, épiphora attestant la paralysie du muscle de Horner. Le signe de Charles Bell est net.

Dans le domaine du facial inférieur, nous avons noté les symptômes de paralysie des joues et du nez. Ajoutons que le malade mâche difficilement, car les aliments viennent se loger souvent entre la gencive et la paroi jugale.

L'épreuve de Babinski met en évidence la paralysie du peaucier du cou. Cependant tous les muscles ne sont pas complètement paralysés chez notre malade : comme dans beaucoup de cas de paralysie faciale, d'ailleurs, l'orbiculaire des lèvres est presque intact : notre malade peut souffler et siffler ; les labiales sont articulées distinctement.

FACIAL BUCCAL ET FACIAL PHARYNGIEN. — Le rameau buccal du facial ne participe pas à la paralysie, car la langue n'est ni déviée, ni impotente. Le voile du palais ne présente pas trace de paralysie.

EXAMEN ÉLECTRIQUE DES MUSCLES ET DES NERFS, COURANT GALVANIQUE (M. Lacaille). — On note la persistance des contractions par les nerfs et les muscles avec diminution notable du côté malade. La secousse de fermeture est diminuée du

côté malade et est à peine plus forte que la secousse d'ouverture.

1° *Courant faradique* : Perte d'excitabilité des muscles et des nerfs.

2° *Syndrome vaso-moteur* : Le malade se plaint d'avoir moins de salive qu'avant le début de sa paralysie ; sa bouche lui paraît sans cesse sèche.

3° *Syndrome sensoriel* : On constate une perversion du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté gauche. On observe une abolition complète de la perception des sensations gustatives du côté droit, les sensations ne sont pas très fortes. De lui-même le malade nous raconte qu'il ne trouve aucun goût aux aliments ; il ne lui reste que des sensations faibles ; il lui semble, dit-il, manger de la laine.

4° *Syndrome sensitif*. — Comme nous l'avons dit plus haut le malade ressent de violentes douleurs, d'abord légères et vespérales, elles sont devenues de plus en plus durables et de plus en plus vives. Actuellement elles ne cessent jamais et depuis 15 jours le malade n'a pour ainsi dire pas pu dormir. Les douleurs siègent, comme la paralysie, du côté gauche ; à la face, dans les régions temporale et genienne et dans les régions auriculaire et mastoïdienne gauches. C'est dans les régions auriculaires qu'elles sont apparues d'abord et c'est là qu'elles sont particulièrement violentes. Leur intensité n'est pas constamment la même. En dehors des paroxysmes, le malade éprouve une sensation pénible qu'il compare à une pression désagréable.

Cette douleur permettrait le repos si le malade n'était sans cesse dans l'angoisse des paroxysmes qui, maintenant, à l'occasion de la moindre excitation, surviennent plusieurs fois dans les 24 heures et durent jusqu'à une heure ou deux.

Le début en est généralement brusque, ce sont dès lors des séries d'élancements atroces qui crispent le malade et le laissent après leur disparition épuisé et désespéré.

En dehors de ces accès, toute la région est *hyperesthésiée*, le moindre effleurage réveille la douleur et fait craindre de nouveaux paroxysmes. Certains points sont pendant les accès très douloureux à la pression. Les points de l'échancrure sus-orbitaire, du trou sous-orbitaire sont particulièrement sensibles. La tubérosité occipitale externe l'est aussi. — Le maxillaire inférieur ne l'est pas du tout : ni le trou mentonnier, ni la peau ne sont sensibles à la pression.

Examen des autres parties du système nerveux. — Les reflexes rotulien et achilléen sont normaux. Pas d'Argyll-Robertson. Aucun autre trouble. La ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

En résumé, paralysie faciale avec névralgie faciale, attribuées au refroidissement mais dues en réalité à la syphilis, comme le font supposer les antécédents et le démontrent les effets merveilleux du traitement spécifique.

La névralgie faciale a commencé lentement et insidieusement. Elle était très violente, mais respectait la région du maxillaire inférieur.

Sont donc atteints. (Si nous admettons qu'il s'agit de névralgie du trijumeau) :

1° La Branche ophtalmique du trijumeau, mais son atteinte est modérée car ni le rameau nasal, ni le rameau lacrymal ne provoquent de symptômes intenses ; le rameau frontal est nettement douloureux.

2° *Le nerf maxillaire supérieur* : « Rameaux orbitaires » : Son atteinte est prédominante à l'examen objectif, mais on ne note pas de névralgie dentaire permanente.

3° *Le nerf maxillaire inférieur* : Ni le rameau mentonnier, ni le rameau lingual, ni les rameaux dentaires ne sont atteints; le rameau audiculo-temporal donne lieu en revanche à une très vive douleur.

La paralysie a eu un début brusque. Elle est complète, du type périphérique, seul l'orbitaire des lèvres est intact, mais ce fait s'observe souvent au cours de la paralysie faciale, soit que ce muscle reçoive des filets du facial du côté opposé, soit qu'il en reçoive de l'hypoglosse

Antécédents du malade. — Le malade n'a pas eu d'otite, ni subi de traumatisme. Il attribue sa paralysie au froid.

A l'âge de 25 ans, c'est-à-dire il y a 19 ans, il a contracté la syphilis; le chancre siégeant sur la verge. Puis apparut une roséole, des plaques muqueuses dans la gorge et à l'anus. En même temps le malade perdit ses cheveux et souffrit de violentes céphalées vespérales et nocturnes. Il fut soigné à l'hôpital du Midi pendant quelques semaines; il prit alors des bains de sublimé et trois pilules de protoiodure de mercure par jour. Les accidents étant disparus on lui prescrivit un traitement qu'il pouvait faire chez lui. Mais le malade ne le suivit pas et ainsi depuis le début de sa période secondaire, ne s'est plus soigné du tout. Il ne présenta d'ailleurs aucun nouvel accident. Il se maria et eut trois enfants; les deux premiers moururent vers l'âge de dix-huit mois, le troisième, âgé actuellement de 4 ans et demi, est si florissant qu'il obtint un prix au concours d'hygiène.

EVOLUTION. — En présence de ses antécédents, le professeur Dieulafoy soumit le malade au traitement mercuriel. On lui fit des injections huileuses de biiodure de mercure. Dès la cinquième injection, l'amélioration fut manifeste; les douleurs s'amendèrent et le malade put dormir.

Après 15 injections, le malade est complètement guéri. Les douleurs sont disparues, le goût est revenu, la paralysie faciale est disparue ; la mobilité volontaire est parfaite ; la contractibilité électrique moins bonne ; la contractibilité galvanique reste un peu diminuée du côté gauche, mais la contractibilité faradique revient nettement pour les muscles et les nerfs.

EVOLUTION ULTÉRIEURE. — Trois mois après sa guérison le malade revient ; il est complètement guéri de sa paralysie faciale mais est atteint d'une paralysie de la troisième paire accompagnée de céphalée. Une nouvelle série d'injections mercurielles le guérit complètement. Deux mois plus tard, il revient encore ; il souffre d'une céphalée violente ; on ne constate pas trace de paralysie. Le traitement mercuriel amène encore la guérison complète.

OBSERVATION II (Lancereaux)

Néuralgie paralysante de la face d'origine syphilitique tertiaire

V..., âgée de 47 ans, lingère, contracte à 32 ans une syphilis des plus nettes (chancre de la lèvre, roséole, angine, plaques muqueuses). Jusqu'en 1877 santé parfaite.

Il y a deux ans, apparition de douleurs frontales intenses du côté droit. Séjour à l'hôpital en juillet 1877 et amélioration passagère par un traitement ioduré.

Puis réapparition des *douleurs névralgiques atroces* ; la malade entre à Saint-Antoine. La céphalée persistait avec le même caractère d'intensité, et la vue avait fini par se perdre

à droite ; en même temps, il existait de l'anesthésie de la face à droite et de la surdité du même côté.

La névralgie traitée par l'iodure de potassium à haute dose disparaît. La malade sort et de nouveau rentre à la Pitié en 1879 avec des douleurs frontales plus violentes que jamais.

« C'étaient des douleurs continuelles, semblant partir de l'arcade sourcilière droite, irradiant vers l'occiput : des fourmillements occupaient la moitié droite de la face, et de temps à autre, à ces sensations persistantes, venaient s'ajouter des crises aiguës, comparables à des décharges électriques qui se seraient faites dans l'œil et dans la joue du côté droit. L'iodure de potassium diminua beaucoup les souffrances, et supprima les paroxysmes.

« A l'exploration de la sensibilité de la moitié droite de la face, vous constatez que les parties innervées par le rameau frontal de la branche ophtalmique de Willis ont conservé une faible partie de la sensibilité, tandis que l'œil, la joue et le nez sont absolument insensibles ; vous pouvez piquer ces régions, exciter avec une épingle la narine droite, la moitié de la langue, sans déterminer aucune douleur, sans provoquer aucun mouvement réflexe. De plus, la mastication est difficile ; et, depuis quelques mois presque toutes les dents de la mâchoire supérieure se sont cariées successivement et sont tombées. *De plus la bouche est déviée à gauche, l'œil droit ne peut se fermer entièrement.*

D'après Lancereaux, c'est dans l'espace triangulaire compris entre le rocher en avant, la protubérance à gauche, et l'hémisphère cérébelleux à droite, qu'on doit localiser la lésion recherchée, laquelle ne saurait être qu'une tumeur comprimant les nerfs paralysés jusqu'à les détruire.

Suit la nécropsie faite en 1881 : Sur la face postérieure du

rocher, on rencontre une masse fibreuse impossible à dissocier, s'étendant du conduit auditif interne au sommet du rocher...

Les nerfs des V^e, VII^e et VIII^e paires du côté droit, englobés dans un tissu fibreux très compact, sont atrophiés et partiellement détruits.

Ganglion de Gasser côté gauche, normal.

Ganglion de Gasser côté droit, est réduit à une mince bandelette ; il est blanchâtre, induré et résistant. L'examen histologique du ganglion droit montre un développement considérable des éléments conjonctifs, formant une gangue fibreuse qui étouffe les éléments nerveux. Ceux-ci, cellules et fibres, sont atrophiés ou disparus.

Semblable désordre s'observe dans les branches nerveuses qui émanent de ce ganglion, et notamment dans l'ophtalmique. Inutile d'ajouter que le produit gommeux, dans le cas particulier, a eu tout le temps pour être résorbé.

OBSERVATION III (CHARCOT)

*Néuralgie paralysante de la face, attribuée au diabète,
probablement syphilitique tertiaire*

Mme X... , diabétique. Néuralgie faciale, puis diplopie et chute de la paupière supérieure droite. Quelques mois après, paralysie faciale. Plus tard, la parole devient embarrassée. Le traitement *ioduré* et antidiabétique guérit les accidents ; cependant la parole n'est jamais redevenue normale.

OBSERVATION IV (C. PAUL, TH. GRÉGOIRE, 1883)

*Paralysie faciale considérée comme diabétique, en réalité
très certainement syphilitique.*

M. D. de M. . . , âgé aujourd'hui de soixante-cinq ans, d'une belle santé, a été atteint pour la première fois d'une paralysie du nerf facial gauche, il y a quatre ans, au mois d'avril 1879.

Cette paralysie paraissait bien due au froid, car elle s'est montrée au retour d'un long voyage en chemin de fer dans lequel il avait laissé la fenêtre ouverte et reçu pendant toute une journée les courants d'air, sur le côté gauche de la figure.

Cette paralysie avait bien le caractère d'une paralysie périphérique : elle était générale, occupant tous les muscles d'un côté, depuis celui de la houppe du menton jusqu'à l'élévation du sourcil.

Les muscles les plus atteints étaient le grand zygomatique et une partie de l'orbiculaire des lèvres, celle qui confine à l'insertion du triangulaire des lèvres.

Le muscle de Horner fut, au contraire, un des premiers à revenir avec l'orbiculaire de l'œil.

La contractibilité faradique des muscles était très affaiblie, mais n'était pas anéantie.

Cette paralysie, qui présentait tous les signes d'une paralysie de cause externe, guérit en six semaines par la faradisation sans laisser autre chose qu'un peu de faiblesse de l'orbiculaire des lèvres et un peu de raideur dans les muscles buccinateurs.

Cette affection avait tout à fait l'air d'un accident traumatique lorsque d'autres symptômes vinrent donner l'éveil

sur la possibilité d'une affection constitutionnelle. L'année suivante, vers la même époque, le patient eut à souffrir d'un gonflement de la prostate, il y eut rétention d'urine et l'examen de l'urine y montra du sucre. Mais ce sucre y variait chaque jour, en quantité, d'une manière remarquable. Il n'y avait aucun symptôme de diabète, mais une habitude de manger et de boire chaque jour dans des proportions trop grandes.

Gros mangeur, fin buveur et sédentaire, telles étaient les causes de la glycosurie. Sous l'influence de régime, la glycosurie s'amende. L'année 1881 fut bonne au printemps, mais en septembre apparut à la face, du côté où avait eu lieu la paralysie du nerf facial, une paralysie nouvelle, occupant la troisième paire du côté gauche et occupant toutes les branches de ce nerf ; de là, chute de la paupière, strabisme, dilatation de la pupille, etc.

Cette paralysie ne paraissait reconnaître pour cause ni une hémorragie cérébrale, ni un ramollissement, *ni une lésion syphilitique. Je mis néanmoins le malade à l'iodure de potassium (4 gr. par jour) et la guérison ne se fit pas attendre.*

L'année 1882 fut troublée par de nouveaux accidents ; au mois de février, nouvelle rétention d'urine, telle qu'il est impossible de faire le cathérisme, et qu'il fallait pratiquer une ponction capillaire de la vessie après laquelle les sondages furent possibles.

Cette année 1883 est assez bonne, il n'y a pas eu au printemps de nouvelle rétention d'urine. Mais au mois de mai rechute de la paralysie de la troisième paire. Cette paralysie a été peut-être plus complète et de plus longue durée. Il a fallu arriver à 6 grammes d'iodure, pour obtenir une action rapide.

Aujourd'hui il n'y a plus trace soit de la paralysie de la septième paire, soit de la paralysie de la troisième. L'état général est excellent, les urines sont peu abondantes, elles contiennent en moyenne de 12 à 20 grammes de sucre par litre.

OBSERVATION V (BERNHARDT)

*Néuralgie paralysante de la face, avec zona, au cours
d'un diabète avec albuminurie*

Femme de quarante ans, atteinte de diabète et d'albuminurie depuis le mois d'octobre 1888.

Chez cette malade, il s'était installé, le 12 novembre 1888, une *paralysie faciale droite précédée de néuralgie*.

La sensibilité auditive est intacte du côté droit ; il n'y a pas d'hyperacousie. Il n'existe pas d'altérations du goût dans les deux tiers antérieurs de la moitié droite de la langue, ni déviation, ni modification fonctionnelle dans la moitié droite du voile du palais.

Par contre, on voyait encore, au quatorzième jour de la maladie, une *éruption herpétique* en train de se dessécher, ayant occupé la face postérieure de la nuque, le cou et la face du côté droit.

Sur la langue, on ne constate pas d'éruption.

Exemples de névralgies faciales avec paralysies des nerfs de l'œil

OBSERVATION VI (BALFOUR)

Névralgie faciale syphilitique tertiaire avec paralysie de la VI^e paire

Malade arrivant avec une histoire de *névralgie de huit mois* persistant en dépit de l'emploi de tous les remèdes imaginables ; en fait elle avait été traitée sans succès il y a huit mois avec les remèdes les plus actifs pour une névralgie persistante du nerf frontal, et maintenant cette maladie avait atteint son paroxysme douloureux avec les points de Valleix au complet.

L'œil droit étant couvert d'un bandeau noir, la malade expliqua qu'un de ses médecins le lui avait prescrit pour obvier à la diplopie dont elle souffrait, les deux yeux découverts. En découvrant l'œil on constatait un strabisme interne sans altération de la pupille, et en dehors d'un peu de faiblesse de la vision, il n'y avait pas à noter de phénomènes subjectifs, excepté le strabisme. Mais cela suffisait : nous avons découvert une altération fonctionnelle dans deux nerfs sans concaverneux, région par excellence de la syphilis crânienne. nexion l'un avec l'autre, si ce n'est leur contiguité dans le sinus

Cette femme étant une respectueuse femme mariée, nous n'avions pas à lui parler de syphilis, et ce ne fut pas fait ; mais le traitement anti-syphilitique amena la guérison. On

découvrit peu à peu que deux ans auparavant environ elle avait eu un mal de gorge (sore throat) persistant avec perte de la voix, et qu'à ce moment il y avait eu soupçon de syphilis.

La névralgie fut considérablement améliorée en une semaine et guérit en quinze jours. La paralysie persista davantage et céda à la faradisation du droit externé. La patiente fut renvoyée guérie et s'est bien portée depuis.

OBSERVATION VII (BALFOUR)

Cas analogues avec aulopsie

Sarah Bryce, âgée de 21 ans, admise à l'Infirmierie royale, alle XIII, le 9 septembre 1892, se plaignant de malaise général et de maux de tête fréquents. Douleur violente dans l'œil droit, irradiant le long du trajet de la branche frontale du trijumeau. Cette douleur avait commencé environ quinze jours avant son entrée. La malade dit que depuis deux ans elle a souffert plus ou moins constamment de névralgie dans la tête et la face.

Cela a commencé graduellement et du côté gauche d'abord l'œil gauche ayant été affecté l'hiver d'avant son admission, pendant deux mois.

Il y a huit mois, suppression totale des règles qui avaient été d'abord irrégulières, n'apparaissant pas plus de six fois en deux ans.

Sa santé avait fortement décliné depuis que cette suppression était devenue totale ; avant l'irrégularité, elle était

assez bonne. L'été qui précéda son admission elle eut une angine ulcéreuse.

Sept jours après son admission, apparition d'un peu de ptosis à gauche, et diagnostic de syphilis en dépit de toutes ses dénégations. Administration de solution d'iodure rouge de mercure. Pendant quelque temps les phénomènes s'accrurent rapidement, et environ quinze jours après la constatation du ptosis nous avions du strabisme externe avec diplopie telle que la fausse image était vue un pouce et demi ou deux à droite de la vraie.

Il y avait chute de la paupière supérieure qui pouvait cependant être légèrement élevée par action de l'occipito-frontal aidé d'une légère pression au-dessus du sourcil.

L'œil ne pouvait être mû dans aucune autre direction qu'en dehors, le droit externe étant le seul muscle non paralysé. La pupille était en mydriase permanente, mais se contractait de 3 lignes $3/4$ à 2 lignes sous l'influence du calabar.

Par le traitement, le mal de tête et la douleur sus-orbitaire guérirent, mais la paralysie motrice persista. La malade sortit en cet état le 16 novembre, avec ordre de revenir au bout d'une semaine ou deux.

Le 25 novembre, elle rentra salle n° 13, se plaignant du retour de son mal de tête et de sa névralgie. Elle fut remise à l'iodure rouge de mercure et la douleur la quitta de nouveau en peu de jours. A cette époque, elle se plaignit un peu de l'œil gauche qui était légèrement congestionné, apparemment parce qu'elle lisait trop.

Le tout cessa lorsqu'on lui eut interdit la lecture.

Le 7 Septembre, tout restant dans le statu quo, on constata que, bien que la malade fut parfaitement sensible et intelligente, elle était agitée et marchait dans la salle, changeant les bouteilles médicamenteuses, ouvrant des armoires et s'em-

parant de choses qui ne lui appartenaient pas, tout cela sans raison apparente. Elle répondait bien aux questions et exécutait correctement les ordres, avait un bon appétit et bon état général, mais elle était agitée jour et nuit et la veilleuse avait grande difficulté à la maintenir au lit.

Le 19 décembre la paralysie oculaire restant la même, le mal de tête et la douleur névralgique avaient complètement cessé, la santé générale étaient bonne, l'appétit excellent ; mais à son agitation et à sa tendance à s'approprier ce qui ne lui appartenait pas s'ajoutait maintenant l'irritabilité, et elle cherchait à frapper quand on lui prenait quelque chose. Le 21 décembre, s'étant disputée avec une malade à laquelle elle dérobait un objet, Sarah la frappa à la joue ; l'autre riposta ; là-dessus S.B.... tomba sur le sol et resta quelques instants sans connaissance. On la mit au lit toujours en état de stupeur ; elle se plaignait d'un peu de douleur au-dessus de l'orbite droit, et la pupille gauche semblait plus dilatée que normalement bien que habituellement non égale à la droite.

Pendant qu'elle restait sans connaissance, l'infirmière notait que, durant l'expiration, ses joues étaient soulevées et que chaque fois qu'elle faisait quelque mouvement tel qu'un effort pour sortir du lit on observait le même fait. Son pouls battait à 80, plein et fort. Le médecin résident lui mit de la glace sur la tête et à la visite on lui prescrivit un demi-drachme d'iodure de potassium trois fois par jour.

Mais la fin approchait maintenant avec rapidité : elle cessa de se nourrir et le 25 l'infirmière avait la plus grande difficulté à lui faire avaler nourriture et médicaments.

Le 23 décembre on nota pour la première fois du ptosis à gauche qui s'accrut graduellement. Son pouls monta à 100, 110 et 120, sa langue devint sèche et ses dents se couvrirent

de fuliginosités. On la fit survivre quelques jours, mais elle mourut le 1^{er} Janvier 1873 à 5 h. 30.

Autopsie. — Petite quantité de sérosité dans les ventricules latéraux : à la base quelques adhérences au voisinage de la selle turcique, laquelle était occupée par une tumeur gommeuse de teinte grise longue d'un pouce, épaisse d'un demi et large de trois quarts. Cette tumeur était irrégulièrement pyramidale : sa base était attachée au pont de Varole et sa substance se confondait avec les éléments nerveux constituant la surface du pont mais ne pénétrait pas profondément l'intérieur.

La pointe s'étendait en avant entre les deux pédoncules cérébraux recouvrant les deux corps mamillaires et la partie postérieure du tubercinereum. Latéralement elle entraînait en contact avec les deux pédoncules cérébraux débordant sur le droit, dont la moitié interne comme l'origine de l'oculomoteur était ramollie et détruite ainsi que la partie interne du pédoncule gauche à sa sortie du pont. La tumeur était de consistance ferme, composée de plusieurs nodules liés ensemble par du tissu conjonctif. Les centres des nodules étaient blancs et opaques, les zones extérieures fermes, translucides. Pas d'examen microscopique.

OBSERVATION VIII (MAX NONNE)

(Néuralgie faciale syphilitique avec paralysie de la 6^e paire.)

Un marchand de cigares, âgé de 39 ans, avait contracté, il y a huit ans la syphilis, et avait été traité suffisamment et se-

lon les règles de l'art. Après deux ans il avait subi de nouveau le traitement pour une poussée secondaire. Deux semaines avant ma visite, il fut pris de douleurs violentes, lancinantes dans la partie postérieure de l'orbite droit accompagnées *d'attaques névralgiques dans la joue droite et dans le maxillaire supérieur droit*. La mastication était difficile, à cause de la « faiblesse dans la joue droite ». Puis il eut de la diplopie.

Comme symptômes objectifs, je trouvai un affaiblissement de la mastication à droite, une parésie de l'abducteur gauche, une ptose de la paupière droite, du myosis et une abolition du reflexe de la pupille à droite. Dans le territoire des première et deuxième branches du V on pouvait constater une hyperesthésie prononcée, et dans le masséter une diminution de l'excitabilité faradique.

Le fond de l'œil était normal, les symptômes spinaux firent complètement défaut, les organes internes, l'urine étaient normaux.

Le traitement mercuriel et ioduré fit rétrocéder en trois semaines tous les symptômes du côté du V, le ptosis et la paralysie du VI, tandis que les anomalies de la pupille droite persistaient.

Au bout de six mois, les douleurs névralgiques dans la sphère de première et deuxième branches du V, revinrent et cédèrent de nouveau au traitement. Quoique le malade prit dans les huit mois suivants de l'iodure, il y eut une seconde récurrence bientôt après, accompagnée cette fois de paralysie du VI à droite. Cette dernière rétrocéda ; tandis que l'hyperesthésie de deux branches du V persista.

OBSERVATION IX (C. A. VECSEY)

Néuralgie faciale syphilitique avec paralysie de la III^e paire

Jeune homme de 26 ans, chez lequel se développe progressivement en six semaines, une paralysie de la troisième paire droite, frappant successivement le muscle ciliaire, le droit inférieur, le droit supérieur, le droit interne, le releveur. En même temps qu'apparaît la diplopie, survient la perte de la sensibilité du côté gauche de la face. Le malade ressent en outre du vertige, de la céphalée, il y a de la faiblesse des jambes et quelques troubles urinaires. L'examen pratiqué six semaines après le début révèle une paralysie complète de la troisième paire droite, en même temps que l'insensibilité absolue du côté gauche de la face, de la conjonctive et de la cornée, des muqueuses nasale et buccale du même côté. La syphilis était douteuse, néanmoins le malade fut mis en traitement et les heureux résultats ont montré qu'il s'agissait d'une syphilis cérébro-spinale avec méningite basilaire probablement développée surtout dans l'espace interpedonculaire et dans la région protubérantielle, enveloppant l'oculo-moteur droit et le trijumeau gauche.

OBSERVATION X (ZEUDET)

Néuralgie faciale avec paralysie de la III^e paire d'origine diabétique ?) guérie par le traitement ioduré

Une femme de trente-deux ans fut atteinte au sixième mois

d'une grosseur d'une perte de la vue de l'œil gauche, sans aucun phénomène paralytique dans les membres. Peu de temps après l'invasion des troubles de la vue, elle éprouve une soif vive qui lui fait boire 5 à 8 litres de liquide par jour. Cette soif persiste ainsi que la perte de la vue, qui coïncide avec des maux de tête et des vomissements. Sept mois et demi après cet accident, symptômes comateux débutant brusquement et se dissipant graduellement. Au bout d'un jour, on constate alors *une paralysie des troisième et cinquième paires* avec un peu de ramollissement de la cornée du même côté. Anesthésie faciale cutanée à gauche de la muqueuse nasale et de la moitié gauche de la langue, soif vive qui n'a cessé depuis qu'elle a succédé aux premiers troubles de la vue et signes généraux du diabète.

On constate la présence du sucre dans l'urine.

Traitement par l'*iodure de potassium*, fonte de l'œil, la paralysie de la face disparaît.

OBSERVATION XI (RAYMOND)

Zona faciale avec paralysie faciale attribuées au diabète

Voici un malade, âgé de cinquante ans, qui se présente à nous avec une physionomie un peu particulière, visage fleuri, haut en couleur. Il est franchement chauve et obèse. J'ajoute qu'il mange et boit bien.

Remarquez aussi que le masque facial inférieur est légèrement dévié vers la gauche, que la commissure labiale est tirée de ce côté. Si vous le faites parler, vous constaterez assez facilement que la musculature de la face gauche prend

à peine part à l'émission des sons. Il accuse en même temps une certaine gêne pour manger ; les aliments tombent sans cesse dans le sillon gengivo-labial gauche.

Il y a six mois, un soir en se couchant, il éprouve une sensation anormale au niveau de la figure. Le lendemain matin, au réveil, la joue, du côté gauche, était flasque. La paupière ne pouvait se fermer ; donc paralysie faciale, totale, périphérique : il est gêné pour parler, en même temps il souffre de *douleurs très vives, atroces*, en arrière de l'oreille et sur toute la région occipitale du côté gauche. Le lendemain, ces deux régions rétro-auriculaire et occipitale gauche, présentent des petites bulles qui, par leur caractère et leur évolution, ne peuvent appartenir qu'à une éruption de *zona* développée dans la sphère du nerf occipital, et probablement de l'auriculo-temporal.

Vraisemblablement, l'examen électrique répondra par la réaction de dégénérescence. Il existe chez ce malade les autres signes du diabète : disparition à peu près complète des réflexes rotuliens, impuissance, enfin chute rapide et sans réaction douloureuse des dents.

Névralgie paralysante de la face d'origine diphtérique

OBSERVATION XII (M. CHAUFFARD et Mlle LE CONTE)

Le 25 mai 1915, Mme Marguerite L..., ménagère, entrain à l'hôpital Saint-Antoine, salle Hanot, pour une paralysie

faciale accompagnée d'aphonie et de troubles de la déglutition.

Agée de 42 ans, elle a toujours été bien portante. Elle a eu six enfants : quatre sont vivants, en bonne santé ; le second est mort de méningite, le dernier mort-né.

Le 10 avril dernier, la malade était atteinte d'une angine, qui se manifeste d'abord par une gêne de la déglutition puis, en quelques heures, elle devient aphone. Elle ne s'inquiète pas, mais les jours suivants la fatigue augmente, une adénopathie cervicale droite apparaît, elle se sent fébrile, et le 13 avril elle se met au lit. Un médecin, appelé le 15, fait le diagnostic d'angine couenneuse. Pour une raison quelconque, il n'est pas rappelé : l'angine évolue d'elle-même sans aucun traitement. Pendant quelques jours, la malade rejette des « peaux blanches ».

Le 17, elle reprend son travail, mais reste pâle et fatiguée.

Les jours suivants, elle remarque qu'elle ne peut lire son journal à la distance normale. Le 19 mai, en buvant son café chaud, elle est prise d'une quinte de toux et le café reflue par le nez.

Ce même jour, elle éprouve une violente douleur dans la moitié droite de la face, et, le soir, elle s'aperçoit qu'elle « a la figure de travers ».

Le 25 mai, à son entrée, nous notons une paralysie faciale droite, totale et complète. Les rides du front, assez marquées à gauche, sont effacées à droite. L'œil est largement ouvert. La malade ne peut abaisser la paupière supérieure droite, qui ne cligne plus. Elle dort l'œil droit grand ouvert. La bouche est fortement attirée du côté gauche. Cette déformation s'accroît lorsque la malade rit ou fait la grimace. Elle ne peut ni siffler ni souffler. Le signe du peaucier de Babinski existe.

Nous n'observons aucun trouble trophique.

Il n'existe pas de troubles de la gustation.

La malade se plaignant d'une douleur assez vive dans la moitié droite de la face, nous recherchons les points douloureux. Ils correspondent aux points d'émergence des branches du trijumeau. Particulièrement nets sont : le point sous-orbitaire, le point malaire et le point temporal, et aussi le point cervical postérieur au niveau des apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervicales.

D'autre part, la malade est absolument aphone. Elle se plaint encore, lorsqu'elle veut boire, de voir le liquide, surtout s'il est un peu chaud, refluer par les fosses nasales. Elle est alors prise de quintes de toux.

L'examen oto-laryngologique, pratiqué par M. Lermoyez deux jours avant l'entrée de la malade salle Hanot, a permis de constater :

Une hémiparlégie droite du voile du palais ;

Une parésie bilatérale des constricteurs (adducteurs) du larynx. Les cordes vocales restent écartées dans la phonation.

Enfin, à l'examen de l'œil, on note :

Parésie bilatérale de l'accommodation. Amplitude : deux dioptries.

Réactions iriennes conservées.

Pas de lésions de la musculature extrinsèque.

Acuité visuelle normale, fond d'œil normal.

Rien à signaler aux membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont conservés et normaux.

Aucun trouble de la sensibilité.

La ponction lombaire laisse écouler un liquide clair non hypertendu, présentant une hypéralbuminose notable.

On compte 30 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte.

Température : 38° 4. Pouls : 100.

Tension artérielle (Pachon), 12-8.

La réaction de Wassermann s'est montrée négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Traitement : XV gouttes de teinture de noix vomique.
Bains sulfureux.

Le 28 mai, la paralysie faciale a déjà regressé d'une façon notable. La malade peut abaisser la paupière supérieure droite.

Le 31 mai, elle se plaint de fourmillements dans les jambes. Pas de modification des réflexes.

Le 2 juin. Crise douloureuse de la moitié droite de la face ; la pression au point sous-orbitaire est particulièrement douloureuse. Température : 38 degrés. Bien que la paralysie faciale, comme aussi la paralysie du voile, soient en voie d'amélioration, on fait des injections de sérum antidiphthérique.

30 centimètres cubes le 3 juin.

40 — les 4, 5 et 6 juin.

20 — du 7 au 11 juin.

Soit au total 240 centimètres cubes.

Le soir du 11 juin, la malade présente des arthralgies diffuses (genoux, coudes, poignets) et une éruption polymorphe. On suspend la sérothérapie.

Le 15 juin, la paralysie faciale a disparu complètement.

L'examen laryngologique (service de M. Lermoyez) montre que l'hémiplégie du voile n'existe plus. Seules persistent la parésie des contracteurs et la paralysie de l'accommodation.

Ponction lombaire : albumine normale ; lymphocytes : 10.

Le 25 juin. La malade lit son journal à distance normale.

Ponction lombaire : albumine normale ; lymphocytes : 4.

L'aphonie reste le seul symptôme. Devant cette persistance inexpliquée, on suspecte son origine névropathique.

Le 12 août, une séance de dix minutes de massage vibratoire du larynx suffit pour que la voix reprenne un timbre normal.

Le 16 août, Mme L... sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Le syndrome très complexe que nous avons observé chez notre malade, conclut le professeur Chauffard, peut se résumer dans les termes suivants : *névralgie du trijumeau droit, paralysie faciale droite, hémiplegie velopalatine droite, diplégie laryngée, paralysie de l'accommodation visuelle*. Les différents troubles nerveux ont évolué de concert pour aboutir à une précision rapide et complète, dans un délai qui n'a guère dépassé un mois.

Quant au siège de lésion, il nous paraît hors de doute qu'il s'agit ici de *localisations nucléaires*, plutôt que névritiques ; la multiplicité des syndromes paralytiques, en même temps que leur rétrocession rapide, n'admet guère une autre interprétation.

.... dans des cas... tels que le nôtre, la physionomie clinique décèle une *véritable névralgie du trijumeau* avec ses crises douloureuses et ses points de Valleix caractéristiques. Chez notre malade, c'est le même jour, le 19 mai, qu'apparaît la première crise névralgique en même temps que se paralyse le facial, le 2 juin, alors que la paralysie faciale diminue déjà, nouvelle crise douloureuse ; puis la double localisation sur la V^{me} et la VII^{me} paire rétrocede et disparaît.

Si l'on ne conserve dans le cadre des paralysies faciales douloureuses que les faits *exceptionnels* où se constate une véritable névralgie du trijumeau, on voit quelle valeur patho-

génique prend cette association morbide. Elle conduit à soupçonner et à rechercher soit une *méningonévrite basilaire*, soit une *double lésion nucléaire*, et isole ainsi dans le groupe si vaste des paralysies de la VII^{me} paire, deux catégories très spéciales de cas.

Paralysie faciale douloureuse au cour de la syphilis secondaire

OBSERVATION XIII (DARGAUD.) Résumé.

Femme au 3^{me} mois de la syphilis : roséole-maculo-papuleuse, plaques dans la gorge, pléiade ganglionnaire dans l'aîne.

La malade souffre dans l'oreille et le côté droit de la face : les maux de tête sont si violents qu'ils empêchent le sommeil. La malade perd l'appétit et s'affaiblit.

Un matin au réveil elle constate une paralysie complète du côté droit de la face. — Elle est soumise au traitement mixte : 5 centigrammes de protoïodure de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

En 20 jours la guérison est complète.

OBSERVATION XIV (Boix.) (Résumé)

Homme en pleine roséole. Il ressent une vive douleur dans le côté gauche de la face, du cou et de la nuque.

Puis apparaît un zona et presque en même temps une paralysie faciale gauche.

Des frictions mercurielles associées à 2 grammes d'iodure de potassium le guérissent en deux mois.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING. — Un cas de névralgie faciale syphilitique. *Lyon médical*, mai 1902.
- BABINSKI. — Névrites périphériques, in *Traité de Méd.*, Charcot-Bouchard, t. X.
- BALFOUR. — Vu obstinales Trigeminal neuralgio as a symptom of syphilitis cérébral disease its diagnosis and traitement. *Edin. med. journ.*, oct. 1875, p. 289.
- BERHARDT. — Zur Frage von die Aetiologie des peripheriseken Faciallaehmung. *Berl Klini Woch*, 1892 n° 10, p. 225.
- BERHARDT. — Uber die sogen récidivirenden Facialislaehmung. *Neurol. centralbl.* 1897, page 98.
- BOIX. — Paralysie faciale syphilitique précoce. *Archives gén. de méd.*, février 1894.
- CAMUS. — Etude sur les radiculites. *Thèse Paris* 1908 (avec bibliographie).
- CASASSUS. — Paralysie faciale au cours du zona. Etude pathogénique. *Gazette des hôp.* 1908, p. 843-847 avec bibliographie de la question.

- CHAUFFARD et LE CONTE. — Paralysies nucléaires multiples d'angine diphthérique avec réaction méningée. *Soc. méd. des hôp.*, 12 nov. 1915, p. 997.
- CHAPPONNIÈRE. — Essai sur le siège et les causes des névralgies de la face. *Th. Paris* 1832.
- CLAUDE et LÉVY VALENSI. — Méningites spinales, in *Gilbert Thoinot* 1912. Maladies des méninges.
- P. CHEVALIER et JEANSELME. — Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires. *Revue de médecine*, p. 330-662, 1912.
- DARJAUD. — Paralyse faciale syphilitique précoce. *Th. Paris* 1885.
- DEJERINE et THOMAS. — Mal. de la moelle épinière. In Brouardel et Gilbert. Nouvelle édit. 1909, p. 789-827.
- DEJERINE et BEAUDOUIN. — La pathologie radiculaire. *Paris médical*, p. 386, 1913.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. T. III, 15^e éd., 1908, p. 945 et 519.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, t. T. Paris 1899, p. 652.
- Les affections parasymphilitiques. Paris 1894, p. 4 et 359.
- La syphilis du cerveau. Paris 1869, p. 402.
- S. GAÏTZ. — La paralysie faciale diabétique. *Th. Paris*, 1914, n° 153.
- GAUCHER. SERGENT et CHAMPENIER. — Paralysie faciale diabétique. *Soc. de dermat. et de syphiligraphie*, 18 avril 1895 et juillet 1895.

- GAUCHER. — Paralyse faciale zostérienne. *Journal de méd. int.* 1899.
- GÉRARD-MARCHAND et BOUGLÉ. — Traitement de la névralgie faciale rebelle. *Gaz. des hôp.*, 20 avril 1901.
- GROS et LANCEREAUX. — Affections nerveuses syphilitiques. *Paris*, 1861.
- HERROUET. — De la névralgie syphilitique du trijumeau. *Th. Paris*, 1903.
- JEANSELME et P. CHEVAILLIER. — Etudes sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes. *Revue de médecine*, 1912, p. 330-662.
- KLIPPEL et AYNAUD. — La paralysie faciale au cours du zona. *Gaz. des hôp.*, mai 1899.
- KLIPPEL. — Maladies des méninges. in GILBERT-THOINOT, 1912.
- LANCEREAUX. — Leçons de clinique médicale, 1882, p. 221.
- LÉVY. — Essai sur les névralgies faciales. *Thèse*, Paris, 1906.
- LINHART. — Névralgie du trijumeau non améliorée par le traitement mercuriel, in *Thèse Lamotté*, 1892.
- MÉNARD. — La polynévrite syphilitique. *Rev. générale. Gaz. des hôp.*, 25 nov. 1911, p. 1917-1922.
- MESTREGAT. — Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique. *Thèse Paris*, 1912.
- MILIAU. — Les névralgies syphilitiques du trijumeau. *Archives générales de médecine* 1903, t. II p. 1742.
- NAGEOTTE. — Pathogénie du tabès dorsal. *Presse médicale*, n° 99, 10 du 1902 et 13 janvier 1903.

- NAGEOTTE et RICHE. — *Manuel d'hist. path. Cornil et Ranvier*. T. III, p. 180 et seq.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine*. T. III. *Système nerveux. Art. de Cunéo*.
- RAYMOND. — Paralyse faciale et zona. *Bull. méd.* 1897, p. 286.
- Clinique des maladies du système nerveux. *Paris* 1897, p. 631.
- RAVAUD. — La névralgie faciale syphilitique. *Th. Paris* 1907, n. 253.
- P. RAVAUT. — Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningo-vascularite syphilitique. *Presse médicale*, n. 18, 2 mars 1912.
- Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise et héréditaire. *Revue mensuelle de médecine interne*, juin 1909. *Annales de dermatologie*, 1903 et 1904.
- SICARD et FOIX. — Topographie normale du ganglion de Gasser chez l'homme, déductions cliniques. *Congrès de Buda-Pest* 1909.
- TESTAZ. — De la paralysie faciale douloureuse. *Th. Paris*. 1887.
- TINEL. — Radiculites et tabès. Les lésions radiculaires dans les méningites. *Th. Paris* 1910.
- CL. VINCENT. — Des méningites chroniques syphilitiques. Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabès. *Th. Paris* 1910. *Steinheil édit.*
- WAGNER. — Das syphilom des Nervensystem. *Arch. des Heilkunde*. Bd. IV p. 1861--1863.

